

ЛИТЕРАТУРА

1. Жижин К. С. Медицинская статистика. — Ростов н/Д., 2007.
2. Зенков Л. Р., Ронкин М. А. Функциональная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей. — М., 1991. — С. 423—525.
3. Использование методик индивидуальной оценки психофизиологического статуса инвалида: Метод. пособие для врачей МСЭ / Черкасова В. И., Шошмин А. В., Сизая Н. А. и др. — М., 1999.
4. Климова-Черкасова В. И. Функциональное состояние и адаптивные возможности мозга // Физиология человека. — 1982. — Т. 3, № 5. — С. 840—843.
5. Критерии оценки и динамика прогноза профессионально важных качеств для осуществления инвалидами различных видов профессиональной деятельности: Метод. рекомендации для специалистов МСЭ, служб занятости и профориентации / Черкасова В. И., Хазова И. В., Портова Л. З. и др. — М., 2000.
6. Лоскутова Т. Д. Время реакции как психофизиологический метод оценки функционального состояния центральной нервной системы // Нейрофизиологические исследования в экспертизе трудоспособности. — Л., 1978. — С. 165—193.
7. Методологические основы психофизиологической адаптивности и значение ее для трудовых рекомендаций инвалидам: Метод. рекомендации / Черкасова В. И., Кацук Л. И., Золотарев Ф. Я. и др. — Л., 1983.
8. Поворинский А. Г. Особенности нарушения гемодинамики и функционального состояния мозга при хронической недостаточности мозгового кровообращения различной этиологии и значение их для врачебно-трудовой экспертизы // Сборник трудов «Врачебно-трудовая экспертиза больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения вследствие гипертонической болезни». — Л., 1980. — С. 28—40.
9. Hildebrandt J. Anatomy and physics of respiration // Physiology and Biophysics / Eds. N. C. Rych, H. D. Pattor. — Philadelphia, 1974. — P. 78.

Поступила 14.06.11

Сведения об авторах:

Сизая Н. А., ст. науч. сотр. отд. психофизиологических исследований по проблемам МСЭ и реабилитации инвалидов ФГУ Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта (СПбНЦЭПР); Портова Л. З., науч. сотр. этого же отдела СПбНЦЭПР; Громакова С. В., врач-невролог психоневрологического отделения клиники СПбНЦЭПР.

Для контактов:

Портова Любовь Зиновьевна. 195067, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, 50. Телефон: 8(812)544-00-72; факс: 8(812)544-34-19.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЕГО

© И. А. КАРЯКИНА, 2012

УДК 616.288.7-02:617-001]-089.844-036.868

И. А. Карякина

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ УШНЫХ РАКОВИН ДО И ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

ОАО Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Представлены результаты исследований психологических особенностей пациентов с частичными и субтотальными дефектами ушных раковин после травмы различного происхождения. В социальном опросе приняли участие 28 пациентов в возрасте от 25 лет до 41 года. Всем пациентам проведена реконструкция ушной раковины. В качестве контрольной группы произвольно взяты 25 мужчин в возрасте от 26 до 40 лет.

Исследование проводилось с помощью опросника ВОЗ КЖ 100 [6], адаптированного варианта И. О. Елькина [4]. В представленных результатах социального опроса уделено внимание оценке качества жизни пациентов с дефектами ушных раковин до и после хирургического лечения в сравнении с контрольной группой.

Ключевые слова: качество жизни, дефекты ушных раковин, реабилитация, психологические аспекты.

LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH POSTTRAUMATIC DEFECTS OF THE EARS BEFORE AND AFTER RECONSTRUCTIVE SURGERY

I.A. Karyakina

The paper shows the results of studies of psychological features of patients with partial and subtotal defects of the ears after the trauma of various origins. In the social survey involved 28 patients aged 25 to 41 years. All the patients underwent reconstruction of the auricle. As a control group randomly 25 men aged 26 to 40 years have been taken. The study was conducted using the WHO QOL questionnaire 100 [6], the adapted version of the I.O. Elkina [4]. The presented results of social survey pay attention to assessing the quality of life of patients with defects of the ears before and after surgery as compared with the control group.

Key words: quality of life, defects in the ears, rehabilitation, psychological aspects.

Обращаемость пациентов по поводу посттравматических дефектов ушных раковин остается на высоком

уровне и составляет до 42% от общих травм челюстно-лицевой области [2, 5, 16]. Приходится сталкиваться и

с послеожоговыми деформациями ушных раковин у военнослужащих, принимавших участие в вооруженных конфликтах на территории страны.

Реконструкция столь сложного с точки зрения анатомо-функциональных особенностей органа, каким является ушная раковина, состоящая из упругого, тонкого, эластичного и изогнутого хряща, заложенного между двумя слоями тонкой кожи без клетчатки, относится до сих пор к наиболее трудным разделам пластической хирургии. Разнообразие современных способов отоластики свидетельствует о том, что до настоящего времени отсутствуют оптимальные и общепризнанные способы, которые могли бы удовлетворить как больного, так и врача в полной мере. Психологическая подготовка пациента к операции, оценка его реальных требований и ожиданий, а также предвидение его реакции на проведенную операцию должны быть обязательным этапом в лечении пациентов с дефектами ушных раковин. Поэтому актуальным является вопрос об изучении качества жизни (КЖ) оперированных больных. В последние годы проявляется значительный интерес к этому понятию со стороны представителей различных областей медицины и существенно увеличилось число публикаций по данной проблеме. Само словосочетание «качество жизни» было впервые использовано А. Rigou [14] в 1920 г. в книге об экономике и благосостоянии населения. Если 20 лет назад в Medline ежегодно появлялось менее 300 публикаций на тему КЖ, то сейчас это число возросло в 10 раз. С 1992 г. выходит специальный журнал «Quality of Life Research Journal». Международное общество исследователей КЖ проводит ежегодные симпозиумы, конференции, съезды. Разработаны тысячи разнообразных вопросников.

В современной медицине понятие КЖ логически связано с известным определением здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и трактуется как «качество жизни, связанное со здоровьем (КЖСЗ)».

Сам термин «качество жизни» ВОЗ определяет как «восприятие индивидами их положения в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами».

Медицинская наука и практическое здравоохранение не располагают однозначным определением КЖ. Причина в том, что данный термин характеризует не одну переменную, а их совокупность. Так, одни авторы определяют КЖ как психосоциальные атрибуты человеческого бытия, другие пытаются найти количественные характеристики функционирования индивида, оперируя такими понятиями, как симптомы, болезнь, смерть, прогноз и т. д. Третьи рассматривают КЖ как степень удовлетворения материальных и духовных потребностей людей.

К. Cohen и D. Naughton [13] в 1995 г. дали следующее определение КЖСЗ: это «субъективная оценка людьми влияния их состояния здоровья, а также лечебной и профилактической деятельности здравоохранения на способность достигать и поддерживать общий уровень функционирования, позволяющий идти к намеченным жизненным целям и обуславливающий общее благополучие». Наиболее важные об-

ласти КЖСЗ включают в себя физическое, психическое и социальное функционирование.

Исходя из вышеизложенного, под качеством жизни подразумевается оценка совокупности условий физического, умственного и социального благополучия, как они понимаются отдельным индивидуумом или отдельной группой, включая понимание таких состояний, как счастье, удовлетворение, удовольствие. Таким образом, КЖ — это субъективно определяемый параметр, который в значительной своей части базируется на объективных показателях. Наряду с обобщающими оценками здесь возможно выделение таких компонентов жизненной удовлетворенности, как удовлетворенность состоянием здоровья [6, 8].

Каким же образом можно измерить КЖСЗ? Измерение — это процесс присвоения объектам или явлениям цифровых значений по определенным правилам. Это алгоритм анализа и количественной интерпретации эмпирических данных в рамках какой-либо общей концепции.

В разработку научного изучения КЖ большой вклад внесла ВОЗ — она выработала основополагающие критерии КЖ [15].

С 1995 г. во Франции функционирует международная некоммерческая организация, изучающая КЖ, — Research Institute — основной координатор всех исследований в области КЖ. Институт ежегодно проводит конгрессы Международного общества по исследованию КЖ (International Society of Quality of Life Research — ISOQOL), внедряя в жизнь тезис о том, что целью любого лечения является приближение КЖ больных к уровню практически здоровых людей.

Основным инструментом изучения КЖ являются профили (оценка каждого компонента КЖ отдельно) и опросники (для комплексной оценки), которые, в свою очередь, могут быть общими (оценивать здоровье в целом) и специальными (для изучения конкретных нозологий), и все они не оценивают клиническую тяжесть заболевания, а отражают то, как больной переносит свою болезнь. Структура опросника должна соответствовать цели исследования и концептуальной модели ее решения [3, 6].

Различают общие и специальные опросники [6]. Опросники КЖ применяются достаточно широко в клинической практике, позволяя определить те сферы, которые наиболее пострадали от болезни, и дать характеристику состояния больных с различными формами патологии.

Общие опросники предусматривают измерение широкого спектра функций восприятия здоровья и могут использоваться в большом диапазоне областей. Они стремятся к оценке полного физического, эмоционального, умственного здоровья и позволяют сравнивать КЖ между группами людей. Специальные опросники характеризуются следующими свойствами: 1) надежностью (воспроизводимостью), проявляющейся в способности опросника давать постоянные и точные измерения; 2) валидностью, отражающей способность опросника достоверно измерять основную определяемую им характеристику; 3) чувствительностью — возможностью опросника получать

достоверные изменения баллов КЖ соответственно изменениям состояния обследуемого при лечении, в динамике наблюдения и т. д. [3, 6].

Наличие дефекта ушной раковины, помимо физического недостатка приводит к психологической травме, результатом которой является изменение КЖ [7, 9, 12]. При дефекте ушной раковины, как и при другом видимом дефекте лица, наступившем остро, например в результате травмы, резкое изменение самооценки приводит к выраженным психологическим проблемам, изменению КЖ пациента и как следствие к нарушению социальной адаптации [10, 11].

Для нормального существования человека, предполагающего формирование его высокой самооценки, необходимы активизация внутренних ресурсов позитивного развития личности ("личностного роста"). Толчком к саморазвитию, шагом к ощущению себя "эстетически равным", выходом на новый уровень КЖ может быть пластическая операция, которая сама по себе обеспечивает позитивные изменения в самосознании лиц, имеющих выраженные дефекты лица [1].

Проблемы пациентов с частичными и субтотальными дефектами ушных раковин представлены в комплексе, включающем в себя как эстетические, так и связанные с этим психологические расстройства, приводящие в дальнейшем к социальной дезадаптации. Для пациентов с дефектами ушных раковин характерно снижение самооценки, связанное с неприятием изменений на стороне повреждения. В связи с этим при оценке результатов хирургического устранения дефектов необходимо учитывать не только эстетический эффект и восстановление функции оперированных органов, но и изменение социально-психологического состояния больных.

Предметом исследования явилось получение дополнительной информации о пациенте, позволяющей с различных позиций оценить результаты хирургического вмешательства.

Материал и методы

С 2001 по 2011 г. нами проведен социальный опрос 28 пациентов в возрасте от 25 лет до 41 года с посттравматическими дефектами ушных раковин до операции и через 6 мес после окончания хирургического лечения. В качестве контрольной группы произвольно взято 25 мужчин в возрасте от 26 до 40 лет, проживающих в Москве и ближайшем Подмосковье (произвольная раздача опросника).

Для исследования применен широко известный опросник ВОЗ КЖ 100 [6], адаптированный вариант И. О. Елькина, в котором пациент сам оценивает свое КЖ по 10 шкалам, таким как физическое благополучие; эмоциональное благополучие; самообслуживание и независимость в действиях; когнитивное благополучие; коммуникативность; аффилиация; эмпатия; самореализация; духовная реализация; общее восприятие КЖ до операции и через 6 мес после операции. Анкета состоит из 24 вопросов по следующим разделам КЖ: оценка себя и своей внешности, оценка возможностей общения, оценка настоящего, оценка будущего. По каждой позиции исследователь проводил оценку состояния по 30-балльной шкале [4].

Результаты и обсуждение

После анкетирования выявлено, что низкими, достоверно отличающимися от таковых в контрольной

Таблица 1

Показатели качества жизни пациентов с посттравматическими дефектами ушных раковин до операции в сравнении с таковыми в контрольной группе по результатам опросника ВОЗ КЖ 100, адаптированного варианта И. О. Елькина ($M \pm m$)

Показатель КЖ	Группа	
	экспериментальная ($n = 28$)	контрольная ($n = 25$)
Физическое благополучие	$81,1 \pm 10,2$	$92,8 \pm 12,1$
Эмоциональное благополучие	$64,7 \pm 10,4^*$	$89,9 \pm 8,0$
СНД	$69,0 \pm 14,1$	$86,2 \pm 12,1$
Когнитивное благополучие	$76,0 \pm 10,1$	$84,1 \pm 11,2$
Коммуникативность	$76,2 \pm 9,9$	$89,0 \pm 11,1$
Аффилиация	$89,0 \pm 12,1$	$97,7 \pm 10,3$
Эмпатия	$92,2 \pm 9,9$	$99,7 \pm 12,3$
Самореализация	$71,1 \pm 9,2^*$	$90,3 \pm 9,0$
Духовная реализация	$71,4 \pm 12,8$	$94,9 \pm 11,1$
ОВКЖ	$80,4 \pm 11,8$	$95,0 \pm 10,1$

Примечание. Здесь и в табл. 2: * — отличие достоверно в сравнении с группой контроля ($p < 0,05$); СНД — самообслуживание и независимость в действиях; ОВКЖ — общее восприятие качества жизни.

Таблица 2

Показатели качества жизни пациентов с посттравматическими дефектами ушных раковин после операции по результатам опросника ВОЗ КЖ 100, адаптированного варианта И. О. Елькина ($n = 28$; $M \pm m$)

Показатель КЖ	Этап исследования	
	исходно	после реконструкции ушной раковины через 6 мес
Физическое благополучие	$81,1 \pm 10,2$	$94,8 \pm 7,1$
Эмоциональное благополучие	$64,7 \pm 10,4$	$88,1 \pm 12,1^*$
СНД	$69,0 \pm 14,1$	$95,2 \pm 9,1$
Когнитивное благополучие	$76,0 \pm 10,1$	$80,1 \pm 13,2$
Коммуникативность	$76,2 \pm 9,9$	$89,0 \pm 11,1$
Аффилиация	$89,0 \pm 12,1$	$99,7 \pm 9,3$
Эмпатия	$92,2 \pm 9,9$	$98,7 \pm 12,3$
Самореализация	$71,1 \pm 9,2$	$89,3 \pm 9,1^*$
Духовная реализация	$71,4 \pm 12,8$	$95,9 \pm 8,1$
ОВКЖ	$80,4 \pm 11,8$	$89,0 \pm 12,1$

Примечание. * — отличие достоверно в сравнении с исходным уровнем ($p < 0,05$).

группе, показателями КЖ у пациентов с посттравматическими дефектами ушных раковин явились эмоциональное благополучие — снижение до $64,7 \pm 10,4\%$ и самореализация — снижение до $71,1 \pm 9,2\%$. По остальным показателям КЖ достоверных изменений нет. При этом наиболее изменяемыми показателями явились такие, как самообслуживание и независимость в действиях, — снижение до $69 \pm 14,1\%$, коммуникативность — до $76,2 \pm 9,9\%$, духовная реализация — до $71,4 \pm 12,8\%$ и общее восприятие КЖ — снижение до $80,4 \pm 11,8\%$. Изменения таких показателей, как физическое благополучие, когнитивное благополучие (способность усваивать новый ма-



териал), аффилиация (способность сопереживать) и эмпатия (потребность к сочувствию) незначительны: снижение до $81,1 \pm 10,2$, $76 \pm 10,1$, $89 \pm 12,1$ и $92,2 \pm 9,9\%$ соответственно (табл. 1).

Результаты опроса до операции выявили, что у группы пациентов, имеющих посттравматический дефект ушной раковины, имеются ненатянутые субдепрессивные нарушения. Источник этих нарушений — снижение самооценки. Пациенты считают, что они не полностью реализовали свой потенциал в основном по причине имеющегося у них социально значимого физического дефекта.

Опрос пациентов после хирургического лечения показал, что проведенная операция помогает им повысить самооценку и преодолеть субдепрессивное состояние. Достоверно увеличены такие показатели качества жизни, как эмоциональное благополучие — с $64,7 \pm 10,4$ до $88,1 \pm 12,1\%$ и самореализация — с $71,1 \pm 9,2$ до $89,3 \pm 9,1\%$. По другим показателям достоверных изменений не наблюдалось.

При этом выявлено повышение КЖ по таким параметрам, как физическое благополучие — с $81,1 \pm 10,2$ до $94,8 \pm 7,1\%$, самообслуживание и независимость в действиях — с $69 \pm 14,1$ до $95,2 \pm 9,1\%$, когнитивное благополучие (способность усваивать новый материал) — с $76 \pm 10,1$ до $80,1 \pm 13,2\%$, коммуникабельность — с $76,2 \pm 9,9$ до $89 \pm 11,1\%$ и духовная реализация — с $71,4 \pm 12,8$ до $95,9 \pm 8,1\%$.

Изменения таких показателей, как аффилиация (способность сопереживать), эмпатия (потребность к сочувствию) и общее восприятие КЖ незначительны: повышение с $89 \pm 12,1$ до $99,7 \pm 9,3\%$, с $92,2 \pm 9,9$ до $98,7 \pm 12,3\%$, с $80,4 \pm 11,8$ до $89 \pm 12,1\%$ соответственно (табл. 2).

Заключение

Посттравматические дефекты ушных раковин приводят к нарушениям социально-психологической адаптации пациентов, заниженной самооценке и значительному снижению КЖ.

Реконструкция ушной раковины у пациентов с приобретенными дефектами ведет к достоверному повышению КЖ по критериям оценки эмоционального благополучия и самореализации, создает оптимистический настрой в отношении будущего, реализуются желания профессионального роста, повышается качество общения, что в целом говорит о повышении медико-социальной эффективности хирургического лечения этой категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранская Л. Т., Леонов А. Г., Блохина С. И. Психологическое сопровождение пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. — Екатеринбург, 2005.
2. Безруков В. М., Брусова Л. А. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. — М., 2000.
3. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины: Учеб. изд. — М., 2004.
4. Елькин И. О., Егоров В. М., Бростюк Р. Б. Сравнительная оценка влияния вариантов тотальной внутривенной анестезии на качество жизни в раннем послеоперационном периоде у пациентов эстетического профиля // Урал. мед. журн. — 2008. — № 7 (47). — С. 19—21.
5. Неробеев А. И., Плотникова Н. А. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. — М., 1997. — С. 107—135.
6. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — СПб.; М., 2002.
7. Переверзев В. А. Красота лица. Как ее измерить? — Волгоград, 1979. — С. 5—126.
8. Петров В. И., Седова Н. Н. Проблема качества жизни в биопсихологии. — Волгоград, 2001.
9. Розаков Д. Х. Корреляционный анализ психофизиологических характеристик пациентов и показателей их социального статуса на этапах комплексного лечения аномалий и деформаций зубочелюстной системы // Материалы VI Российского науч. форума «Стоматология 2004». — М., 2004. — С. 112—113.
10. Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. — М., 2001.
11. Тризна Н. М., Иванов С. А., Угольник Д. В. Пилотное исследование качества жизни пациентов с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области // Мед. новости. — 2007. — № 8. — С. 15—17.
12. Чкадуа Т. З. Реабилитация пациентов с дефектами и деформациями ушных раковин: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2011.
13. Cohen K. R., Naughton D. H. Patient-centered care: a revolution in medicine // Med. Interface. — 1995. — Vol. 8. — P. 66—73.
14. Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? // J. Clin. Epidemiol. — 1999. — Vol. 52. — P. 355—363.
15. World Health Organization. Quality of life or what is it quality of life? // Wld Hlth Forum. — 1996. — Vol. 1. — P. 29.
16. Yotsuyanagi T., Watanabe Y., Yamashita K. et al. Reconstruction of defects involving the middle third of the auricle with a full-thickness conchal chondrocutaneous flap // Plast. Reconstr. Surg. — 2002. — Vol. 109, N 4. — P. 1366—1371.

Поступила 20.01.12

Сведения об авторе:

Карякина Ирина Алексеевна, канд. мед. наук, хирург ОАО Институт пластической хирургии и косметологии. 105066, Москва, ул. Ольховская, 27. Телефон: 8(499)261-88-88; e-mail:kariyakina@mail.ru.

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС РЕДАКЦИИ ЖУРНАЛА:

107140, Москва, ул. Верхняя Красносельская, д. 17А, стр. 1Б, ОАО «Издательство «Медицина»»

Телефон: 8(499) 264-36-66;

e-mail: mseeandr@mail.ru

Зав. редакцией М. П. Прошина

ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ Тел./факс 8(499)264-00-90; e-mail: meditsina@mtu-net.ru Ответственность за достоверность информации, содержащейся в рекламных материалах, несут рекламодатели.	Редакторы Л. В. Покрасина, И. Ю. Крепких Переводчики С. Б. Старис, В. С. Маличенко Художественный редактор Р. Р. Катеева Технический редактор Т. В. Нечаева Корректор Т. Д. Малышева	ОАО «Издательство «Медицина»» E-mail: strashko.mila@yandex.ru WWW страница: www.medlit.ru ЛР №010215 от 29.04.97 г. Сдано в набор 02.04.12. Подписано в печать 31.05.12. Формат 60 × 88 1/8. Печать офсетная. Печ. л. 7,00. Усл. печ. л. 6,86. Уч.-изд. л. 7,81. Заказ 228. Подписной тираж номера 641 экз. Отпечатано в типографии ООО «Подольская Периодика», 142110, г. Подольск, ул. Кирова, 15
---	--	---

Журнал представлен в международном информационно-справочном издании
Ulrich's International Periodicals Directory

Все права защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

© ОАО «Издательство «Медицина»», 2012